

Niszczący hormon wzrostu



fol. Tomasz Golla

Powiększone dłonie, stopy i zuchwa to najbardziej widoczne objawy akromegalii. Groźniejsze są jednak te, których nie widać: nadmiar hormonu wzrostu wywołuje przerost tkanek miękkich, rośnie więc np. serce, tarczyca, wątroba i inne ważne dla życia narządy. Liczne powikłania nieleczonej choroby skracają życie średnio o 10 lat. Tymczasem na prawidłową diagnozę chorzy czekają w Polsce niejednokrotnie bardzo długo. Zbyt długo, by w porę opanować niszczycielską siłę hormonu. W dodatku prawdopodobnie wciąż wiele osób nadal nie wie, że choruje. A co za tym idzie, nie podejmuje odpowiedniej terapii.

Czytaj na str. 5

Dermatolodzy w akcji



Ponad 70 osób przebadali specjaliści z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK podczas akcji w ramach programu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się”. Realizowany przez USK program adresowany jest nie do pacjentów, ale także do personelu medycznego. W konferencji szkoleniowej zorganizowanej przez USK wzięli udział lekarze i pielęgniarki POZ.

Czytaj na str. 2

Rozwiej wątpliwości



Czy MitraClip – małoinwazyjna metoda leczenia niedomykalności zastawki mitralnej stosowana u osób, które nie kwalifikują się do standardowej operacji – nie tylko poprawia jakość życia, ale i je przedłuża? Rozstrzygnięcie tej kwestii będzie możliwe po zakończeniu badania klinicznego pod kierownictwem szefa Centrum Chorób Serca USK prof. Piotra Ponikowskiego.

Czytaj na str. 3

Ból noworodka



Punkcje lędźwiowe czy nawet zabiegi operacyjne bez znieczulenia? Dziś to nie do pomyślenia, ale jeszcze kilkadziesiąt lat temu w taki sposób wykonywano je u noworodków. Dziś lekarze i pielęgniarki robią wszystko, by małemu człowiekowi oszczędzić cierpienia, nawet przy bolesnych procedurach medycznych. W Klinice Neonatologii USK pomagają im w tym monitory bólu.

Czytaj na str. 4

Prof. Andrzej Kübler z Nagrodą Wrocławia



Wieloletni kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK i autorytet w dziedzinie anestezjologii i medycyny paliatywnej prof. Andrzej Kübler został wyróżniony Nagrodą Wrocławia za wybitne zasługi dla miasta. Osoby szczególnie zasłużone dla Wrocławia zostały uhonorowane odznaczeniami przyznawanymi przez prezydenta Wrocławia i Radę Miejską Wrocławia podczas uroczystej sesji Rady Miejskiej 24 czerwca. Tego dnia obchodzimy Święto Wrocławia oraz dzień patrona miasta św. Jana Chrzciciela.

– Bardzo się cieszę – powiedział po odebraniu nagrody prof. Andrzej Kübler, uznając ją za podsumowanie blisko 50-letniego dorobku. W przyszłym roku tyle lat właśnie minie od czasu otrzymania przez wybitnego anestezjologa dyplomu lekarza. Profesor określił te lata skromnie jako swoją „posługę medyczną” dla miasta. Podkreślił przy tym specyfikę anestezjologii, która łączy w sobie intensywną terapię i leczenie bólu. Medycyna bólu jest jedną z tych dziedzin, w której prof. Kübler jest uznanym autorytetem. W 1991 roku stworzył pierwszą w regionie wielodyscyplinarną Poradnię Leczenia Bólu, a w 1992 roku – jeden z pierwszych w kraju zespołów zintegrowanego leczenia bólu pooperacyjnego (Pooperacyjny Serwis Bólowy). Jest zwolennikiem leczenia bólu w sposób interdyscyplinarny i zintegrowany. Uważa, że wprowadzenie w 2017 r. zapisu o prawie każdego pacjenta do leczenia bólu do Ustawy o prawach pacjenta stanowi jedno z największych osiągnięć prawodawstwa medycznego w Polsce XXI wieku.

Nowotwory skóry – profilaktyka i edukacja



Ponad 70 osób przebadali specjaliści z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK podczas akcji zorganizowanej w szpitalu przy ul. Borowskiej w ramach programu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się”, pod hasłem „Skóra nie dla raka”. Realizowany przez USK program adresowany jest nie tylko do pacjentów województwa dolnośląskiego, śląskiego i opolskiego, ale także do personelu medycznego. W konferencji szkoleniowej zorganizowanej przez USK wzięli udział lekarze i pielęgniarki z kilkunastu placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Program „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się”, współfinansowany ze środków unijnych, ma przede wszystkim charakter edukacyjny i ma na celu zwiększenie świadomości na temat zapobiegania nowotworom skóry i metod samobadania znamion. U jego podstaw leży rosnąca liczba przypad-

ków nowotworów złośliwych skóry. – Nowotwory złośliwe skóry są najczęstszymi wśród wszystkich nowotworów złośliwych – tłumaczy dr Iwona Chlebicka z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK, koordynator merytoryczny ds dermatologii programu. – Stają się coraz większym pro-

blemem, bo ich liczba stale rośnie. Najczęściej występuje rak podstawonokomórkowy skóry, ale najbardziej złośliwy i trudny do leczenia jest czerniak. Tymczasem na całym świecie, w tym także w Polsce, obserwujemy niekojący wzrost zachorowań na czerniaka. Chorzy także zbyt często trafiają do specjalistów

► Konferencja szkoleniowa lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, zorganizowana przez USK.

w zaawansowanym stadium choroby, kiedy trudniej uzyskać dobre rezultaty leczenia. Dlatego tak ważna jest świadomość zagrożeń, wczesne wykrywanie i szybka interwencja.

Uczestnicy akcji dla pacjentów, przeprowadzonej w USK, skorzystali z konsultacji specjalistów, mieli okazję poznać zasady prawidłowej profilaktyki przeciwsłonecznej oraz innych prozdrowotnych zachowań. Przy specjalnie przygotowanych stoiskach komputerowych przedstawiano działanie aplikacji na smartfon umożliwiających samokontrolę skóry oraz stron internetowych i aplikacji na smartfony, na których można sprawdzić aktualny indeks UV-promieniowania słonecznego. Sporym zainteresowaniem cieszyło się badanie skóry za pomocą dermatoskopu. U jednego z uczestników specjaliści wykryli czerniaka, a wiele osób badanie uspokoiło, gdy okazało się, że ich zmiany skórne nie są groźne.

Ogromną rolę we wczesnej diagnostyce nowotworów złośliwych skóry mogą odegrać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, do których pacjenci przychodzą najczęściej.

– Lekarze POZ mają szansę jako pierwsi zauważyć zmiany na skórze, nawet podczas rutynowego

osłuchiwania pacjenta – dodaje dr Chlebicka. – Dlatego tak ważna jest także ich świadomość w tej kwestii.

W ramach projektu planuje się zorganizowanie czterech konferencji dla personelu medycznego. Pierwsza z nich odbyła się w czerwcu br. Lekarze i pielęgniarki poznali bliżej zagadnienia dotyczące m.in. epidemiologii nowotworów skóry, kryteriów ich rozpoznania, fotoprofilaktyki. Takie szkolenia ułatwią im nie tylko prawidłowe rozpoznanie, ale także edukowanie własnych pacjentów.

Osoby, które zauważyły u siebie niepojęące zmiany na skórze, mogą skorzystać bezpośrednio z konsultacji dermatologa lub onkologa lub też udać się do lekarza POZ, uczestniczącego w programie. Więcej informacji na stronie: <https://zdrowaskora.usk.wroc.pl/dla-pacjenta>

Projekt nadzoruje z-ca dyrektora USK Mariola Dwornikowska-Dąbrowska, koordynatorem medycznym jest prof. Jacek Szepietowski, a kierownikiem projektu jest Agnieszka Wasilewska.

Bierzmowanie w „Przylądku”



W maju w kaplicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu czternastu pacjentów Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK przyjęło sakrament bierzmowania z rąk metropolity wrocławskiego arcybiskupa Józefa Kupnego.

– Cieszę się, że metropolita wrocławski przyszedł do naszych dzieci, które walczą o swoje życie z chorobą nowotworową. Bierzmowanie jest dla nas wielką sprawą. Te dzieci nie powinny iść w tłum, dlatego gorąco dziękuję za tę Eucharystię – powiedziała przed rozpoczęciem uroczystości prof. Alicja Chybicka kierująca Kliniką Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

W przypadku wielu pacjentów wiara pełni ważną rolę w trakcie długiego leczenia onkologicznego. – Do przyjęcia sakramentu bierzmowania sakrament bierzmowania młodzież przygotowywała się podczas lekcji religii w klinice. To ważny i potrzebny moment

w ich życiu. Ciężka choroba zatrzymała ich życie w biegu. Bierzmowanie jest sakramentem dojrzałości chrześcijańskiej. Ci młodzi ludzie zostali zmuszeni do tego, aby dożyć szybciej, choroba pozbawiła ich bez troski, ale pozwoliła spojrzeć na życie z innej perspektywy. Oni w doświadczeniu cierpienia są bliżej Boga i jemu całkowicie zawierzyli swoje zdrowie i życie – mówi Anna Karbownik, katechetka ucząca dzieci w „Przylądku Nadziei”.

Pod koniec uroczystości pacjenci otrzymali różańce poświęcone przez papieża Franciszka. Były to pamiątki z ubiegłorocznej pielgrzymki do Watykanu.



Lekarze po godzinach

Lekarze USK nie tylko pracują, ale w czasie wolnym odpoczywają aktywnie. Pracownicy Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii wraz z rodzinami uczestniczyli w spływie kajakowym po rzece Barycz. Trzygodzinne wioślowanie dla niektórych było nie lada wyzwaniem.

Profesjonalny makijaż każdego dnia



28 czerwca Fundacja Piękniejsze Życie – Piękny Sposób na Raka zorganizowała w USK zajęcia dla pacjentek zmagających się z chorobą nowotworową. Zawodowi makijażyści i kosmetyczki zaprezentowali wieloetapowy program pielęgnacji skóry i makijażu, który pomaga pokonać i ukryć widoczne efekty uboczne leczenia. Każda pacjentka – uczestniczka spotkania otrzymała w prezencie zestaw produktów kosmetycznych.

– Te zajęcia to nie tylko nauka pielęgnacji – wyjaśnia Aneta Augustyn z Fundacji Piękniejsze Życie – Piękny Sposób na Raka. – To także oderwanie się od trosk, od spraw związanych z leczeniem, z obowiązkami. To wreszcie czas dla siebie oraz

lekcja, jak zatroszczyć się o siebie samą i że niezależnie od okoliczności można wyglądać kobieco. Choroba to nie powód, żeby o tym zapominać. Dobry wygląd poprawia samopoczucie, a psychika ma niebagatelny wpływ na proces zdrowienia.

Program jest całkowicie neutralny – jego uczestnicy nie promują żadnego produktu, marki, salonu, instytutu ani usługi.

– Jeszcze długo po spotkaniu pacjentki, które w nim uczestniczyły dzieliły się pozytywnymi wrażeniami – mówi Dorota Kluczyńska, współorganizator warsztatów z ramienia USK. – Dziękuję za profesjonalizm, zaangażowanie, ale przede wszystkim za okazane ciepło, serce i wspaniałą atmosferę, którą stworzyły prowadzące warsztat. Z niecierpliwością czekamy na następne spotkanie.

To badanie rozwieje wątpliwości

fot. Archiwum USK



Czy MitraClip – małoinwazyjna metoda leczenia niedomykalności zastawki mitralnej stosowana u osób, które nie kwalifikują się do standardowej operacji na otwartym sercu – nie tylko poprawia jakość życia, ale i je przedłuża? Odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista. Według jednych badań rezultaty są takie same, jak przy optymalnej farmakoterapii, a według innych – osiąga się spektakularne korzyści dla pacjentów. Czas tę kwestię rozstrzygnąć i powiedzieć ostatnie słowo. Będą w tym mieli udział także pacjenci USK, biorący udział w dużym badaniu klinicznym pod kierownictwem szefa Centrum Chorób Serca USK prof. Piotra Ponikowskiego.

MitraClip to rodzaj klipsa, łączącego ze sobą niedomykające się elementy zastawki mitralnej. Metodę, dopuszczoną do powszechnego użycia przez amerykańską Agencję Żywności i Leków w 2013 r., stosuje się u chorych z tzw. przeciekającą zastawką mitralną i ciężką niewydolnością serca (która się

wiąże właśnie z niedomykającą zastawką, powodującą cofanie krwi podczas skurczu serca). Klips wprowadza się za pomocą cewnika przez żyłę w okolicy pachwiny do prawego przedsionka serca, a następnie przekłuwając przegrodę międzyprzedsionkową do lewego przedsionka serca. Cały zabieg

wykonywany jest pod kontrolą promieniowania rentgenowskiego. Gdy system MitraClip znajdzie się we właściwym miejscu, klips zaciska się na płatkach zastawki, co powoduje zmniejszenie wstecznego przepływu krwi z lewej komory do lewego przedsionka.

– Dotychczas przeprowadzono

dwa randomizowane badania na dużej populacji, dotyczące oceny efektów działania systemu na poprawę jakości życia chorych oraz przedłużanie im życia – wyjaśnia prof. Piotr Ponikowski, kierownik Centrum Chorób Serca USK. – W trwający około roku badaniu francuskim, finansowanym przez rząd, przebadano ok. 300 osób. Stwierdzono, że zastosowanie systemu MitraClip nie ma większego wpływu na poprawę zdrowia niż optymalna farmakoterapia. Do zupełnie odmiennych wniosków doszli naukowcy z USA, którzy badali ok. 500 przypadków. Według ich ustaleń, po zastosowaniu systemu u badanych pacjentów ryzyko zgonu zmniejsza się o 30 proc., a ryzyko ponownej hospitalizacji spada nawet o 45 proc. Oznaczałoby to wręcz spektakularne rezultaty.

Prof. Ponikowski podkreśla, że nie wiadomo jaka jest przyczyna tak diametralnie odmiennych wyników w kontekście korzyści dla pacjentów. Badania dotyczyły przecież takiej samej grupy chorych, stosowano tę samą metodologię, nawet odbywały się w mniej więcej podobnym czasie (choć badania w USA trwały dwa lata). Nauka nie lubi nierozwiązanych zagadek, dlatego konieczna jest ostateczna weryfikacja. Pod nazwą Reshape II trwa kolejne badanie skuteczności Mitra Clip, pod kierownictwem prof. Piotra Ponikowskiego (obok partnera z Niemiec).

– Spróbujemy powiedzieć ostatnie

słowo na temat systemu MicraClip – mówi szef Centrum Chorób Serca USK. – Naszym celem jest przebadanie 620 pacjentów, dotychczas zbadał ich ok. 400 w kilkudziesięciu ośrodkach europejskich, w tym pięciu w Polsce. Wyniki powinny być znane w ciągu ok. dwóch lat. Mamy nadzieję, że pokażą one jednoznacznie, jaka jest skuteczność tej metody. Jest to tym bardziej ważne badanie, że dotyczy ono ciężko chorych ludzi. Śmiertelność w grupie pacjentów, kwalifikowanych do stosowania systemu MicraClip jest obecnie bardzo wysoka.

System MicroClip to alternatywa wobec standardowej metody leczenia niedomykalności zastawki mitralnej, czyli operacji kardiologicznej, podczas której wymienia się zastawkę lub stosuje zabieg naprawczy. Jest to jednak ciężki, inwazyjny zabieg, do którego nie każdy chory się kwalifikuje, m.in. ze względu na wiek czy współistniejące choroby. Zabieg małoinwazyjny to ponadto mniejsze ryzyko powikłań i krótszy czas rekonwalescencji.

Eksperti szacują, że funkcjonalna niedomykalność mitralna dotyczy ok. 1 proc. populacji. W Polsce jest to ok. 400 tys. osób. To jedna z tych grup chorych, dla których dostępność skutecznych, refundowanych metod leczenia jest wciąż niewystarczająca.

KOS-Zawał z „Oskarem kardiologii”

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymały w tym roku „Oskara kardiologii”, czyli nagrodę „Kroki milowe w leczeniu zawału serca”. Przyznano ją w czerwcu br. podczas XXVI Międzynarodowej Konferencji Kardiologicznej „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń” w Zabrze.

Choć nagrodzono aż cztery instytucje, tak naprawdę zwycięzca jest jeden: program Kompleksowej

Opieki nad Pacjentami po Zawałe Serca (KOS-Zawał). „Oskara” przyznano za opracowanie koncepcji

i wdrożenie tego nowatorskiego programu.

– Polskie Towarzystwo Kardiologiczne od dawna przekonywało, że należy inwestować w koordynowaną opiekę nad pacjentem kardiologicznym – mówi prezes PTK prof. Piotr Ponikowski. – O ile bowiem ci pacjenci mają w Polsce dostęp do leczenia na poziomie europejskim, o tyle największym problemem jest opieka po hospitalizacji. KOS-Zawał realizuje założenia opieki koordynowanej, dzięki niemu pacjenci nim objęci są skutecznie leczeni i mają szansę na szybki powrót do zdrowia. Jest to program unikatowy w skali światowej. Jego głównym celem jest poprawa jakości leczenia pacjentów i zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. I ten cel osiągamy.

KOS-Zawał składa się z czterech modułów: interwencyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego oraz (jeśli jest taka potrzeba) leczenia kardiologicznego; elektroterapii (wszczepienia urządzenia stymulującego pracę serca); kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Program uruchomiony został 1 października 2017 r. i obejmuje pa-

centów przez 12 miesięcy po przebytym zawałe serca, zapewniając im ciągłość procesu diagnostyki, rehabilitacji i leczenia kardiologicznego po opuszczeniu szpitala. Obecnie realizowany jest w ponad 50 ośrodkach w 14 województwach, ale wciąż się rozwija. Według ekspertów powinien jak najszybciej objąć wszystkich pacjentów po zawałe serca w Polsce. Jego efekty są bowiem wymierne, jak wynika choćby z doświadczeń Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, gdzie prowadzono roczną obserwację czterech tysięcy pacjentów. Analiza wykazała, że włączenie do programu zmniejsza o jedną trzecią śmiertelność chorych. Obiecujące efekty osiąga się także w innych ośrodkach, które wprowadziły KOS-Zawał. Nie bez znaczenia jest także satysfakcja pacjentów. Jak wynika z przeprowadzonych dotychczas ankiet, zdecydowana większość z nich uznała opiekę w ramach KOS-Zawał za lepszą lub zdecydowanie lepszą w porównaniu do swoich wcześniejszych doświadczeń przy poprzednim zawałe serca.

Systemowych zmian wymaga także leczenie pacjentów z niewydolnością serca. Z myślą o tej grupie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



ne we współpracy z Ministerstwem Zdrowia opracowało program Koordynowanej Opieki nad Pacjentem z Niewydolnością Serca (KONS), którego celem jest poprawa sytuacji pacjentów i zatrzymanie epidemii niewydolności serca. Obecnie trwa pilotaż programu KONS.

Z powodu schorzeń kardiologicznych co roku umiera 175 tys. Polaków. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że rocznie z tego powodu na świecie umiera 17,5 mln osób.

O sercu dla seniorów

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu i Fundacja Wspierajmy Seniorów zapraszają na cykl spotkań edukacyjnych dla pacjentów AKTYWNY SENIOR W SERCU EDUKACJI. Spotkania odbywają się sali konferencyjnej przy ul. Borowskiej 213 (budynek FA, sala 1.29).

Harmonogram:

- 18.07.2019 r. „Słabe serce – jak żyć z niewydolnością serca?” (prof. I. Uchmanowicz, mgr M. Wleklík, dr M. Lisiak)
- 20.08.2019 r. „Gotuj od serca dla serca – czyli o dietoprofilaktyce chorób sercowo-naczyniowych” (dr M. Czaplá)
- 18.09.2019 r. „Codzienne życie pacjenta z migotaniem przedsionków” (dr M. Drozd)



Jak ocenić ból noworodka?



fol. Tomasz Golla

Punkcje lędźwiowe czy nawet zabiegi operacyjne bez znieczulenia? Dziś to nie do pomyślenia, ale jeszcze kilkadziesiąt lat temu w taki sposób wykonywano je u noworodków. Uważano, że układ nerwowy małego człowieka jest niedojrzały, więc nie odczuwa on bólu. Na szczęście, takie przekonanie jest już tylko koszmarną przeszłością. Wiadomo, że noworodek jest nawet bardziej wrażliwy na ból, a opiekujący się nim lekarze i pielęgniarki starają się w jak największym stopniu oszczędzić mu cierpienia przy bolesnych procedurach medycznych.

Nie da się zupełnie wyeliminować bólu, ale można zrobić wiele, by go ograniczyć.

– Kiedy musimy wykonać jakąkolwiek procedurę związaną z bólem, przygotowujemy pacjenta w taki sposób, by go nie odczuwał – mówi kierownik Kliniki Neonatologii USK prof. Barbara Królak-Olejnik. – Dysponujemy wieloma możliwościami uśmierzania bólu noworodków. Są to np. środki doustne (u tak małych dzieci podawane w kroplach), czopki czy plastry.

Prof. Królak-Olejnik podkreśla, jak wiele pod tym względem się zmieniło w ostatnich dziesięcioleciach. Operacje, a nawet zwykłe nakłucia bez znieczulenia na oddziałach neonatologicznych odeszły do lamusa wraz z nieaktualną już wiedzą medyczną. Lekarze zajmujący się noworodkami mają świadomość, że ich mali pacjenci mają wręcz większą percepcję bólową, czyli są bardziej wrażliwi na ból.

Nikt już nie ma wątpliwości co do tego, że noworodek czuje i cierpi.

Uśmierzć cierpienie w zarodku

Tymczasem dzieci, które znalazły się w Klinice Neonatologii, wymagają przeróżnych zabiegów, często związanych z ratowaniem ich życia. Większość z nich dla malucha jest potencjalnie bolesnych, dlatego robi się wszystko, by zawczasu minimalizować cierpienie.

– W sytuacji gdy stosujemy nieinwazyjną formę wentylacji, np. nCPAP lub nSIMV, używamy kaniuli donosowych, lub maseczek, które w przypadku małego dziecka szczelnie przywierają do wnętrza noska i mogą powodować dolegliwości bólowe – wyjaśnia szefowa Kliniki Neonatologii USK. – Wskazaniem do zastosowania leków przeciwbólowych jest również intubacja, polegająca

na założeniu rurki dotchawiczej w celu wspomaganie lub zastąpienie oddechu dziecka, gdy jest ono niewydolne. Pamiętajmy, że intubacji wymagają także skrajnie małe wcześniaki. Powszechną procedurą u dzieci przedwcześnie urodzonych są wkłucia centralne, służące podawaniu pozajelitowym całkowitego i częściowego żywienia, a także płynów i leków, które także wiążą się z bólem. Do żyły wprowadza się cewnik, którego koniec sięga do głównych naczyń w pobliżu serca. Takie zabiegi wykonuje się w znieczuleniu i sedacji.

Jedną z bardziej bolesnych procedur diagnostycznych jest punkcja lędźwiowa, niegdyś wykonywana bez znieczulenia nie tylko u noworodków, ale i u starszych dzieci. Wielu rodziców, których pociechy trzydzieści lat temu przeszły ten zabieg, pamięta ich krzyk związany z pozycją w której ten zabieg powinien być wykonywany i nakłuciem,

które zawsze jest bolesne. Igła do dziś pozostaje stosunkowo gruba, bo inaczej nie da się pobrać płynu mózgowo-rdzeniowego. Z samej punkcji w wielu przypadkach także nie można zrezygnować, choćby dlatego, że do zdiagnozowania przyczyny zakażenia często nie wystarczy posiew z krwi, konieczne jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednak nakłucie lędźwiowe obecnie nie jest tak drastyczne, jak kiedyś i nie musi powracać w koszmarach sennych po latach.

– U pacjentów naszej kliniki często jesteśmy zmuszeni wykonać punkcję lędźwiową, bo w przypadku niemal każdej infekcji istnieje obawa, że dotyczy ona ośrodkowego układu nerwowego – tłumaczy prof. Barbara Królak-Olejnik. – Przed zabiegiem pacjent otrzymuje lek przeciwbólowy dożylnie, a ponadto znieczulenie miejscowe, w miejscu wkłucia. To podwójne zabezpieczenie przed bólem. W każdym przypadku, jeśli wiemy, że dany zabieg jest bolesny, podejmujemy działania nie tylko farmakologiczne. Noworodek nakarmiony, ssący smoczek, czy otrzymujący roztwór glukozy na słuzówki jamy ustnej również w mniejszym stopniu odczuwa ból.

Aparat zmierzy dyskomfort

Jak się zachowuje noworodek, który czuje ból? Mali pacjenci, np. podłączeni do respiratora, nie mogą go nawet sygnalizować płaczem. Istnieją punktowe skale oceny bólu, uwzględniające różne parametry, stosowane także w Klinice Neonatologii USK. Ocenia się m.in. zachowanie dziecka, jego wyraz twarzy (np. grymasy), czynność serca, ciśnienie, itd. Podczas takiej analizy zawsze jednak pozostaje margines subiektywnej oceny. Od czerwca br. klinika dysponuje urządzeniami, które monitorują poziom dyskomfortu w sposób obiektywny i bez względu na doświadczenie osoby oceniającej. Trzy specjalistyczne urządzenia do monitorowania natężenia bólu

u noworodków trafiły do kliniki w przededniu Dnia Dziecka, jako dar środowiska artystycznego, biznesowego i Dolnośląskiej Fundacji Rozwoju Ochrony Zdrowia „Dol-froz”. Warte 150 tys. zł aparaty zostały zakupione z funduszy zebranych podczas aukcji charytatywnej zorganizowanej przez właścicieli hotelu i spa Uroczysko Siedmiu Stawów. Wystawiono m.in. unikatowe prace ceramiczne prof. Barbary Sacharczuk z wrocławskiej ASP.

Monitory bólu oceniają układ przywspółczulny pacjenta, poprzez analizę zapisu EKG z kardiomonitora, który zawsze stosowany jest u pacjentów w oddziale intensywnej terapii noworodka. Monitory bólu mogą być stosowane u skrajnie małych i niedojrzałych wcześniaków ale również u niemowląt i dzieci do lat dwóch. Metoda jest nieinwazyjna. Urządzenie podłącza się nie bezpośrednio do pacjenta, ale do sprzętu, z którego właśnie korzysta. Analizuje elektroniczny zapis ekg, ale nie częstość pracy serca, a poziom dyskomfortu pokazuje w postaci wykresu.

– Stosując tylko skale punktowe mieliśmy czasem wrażenie, że nieco przesadzamy, uznając że u pacjenta tak wiele sytuacji wywołuje dyskomfort – dodaje szefowa Kliniki Neonatologii USK. – Aparaty, działające przecież bez skażenia emocjami, pokazują nam, że w przeważającej większości przypadków nasze oceny były trafne. Zdarzały się jednak sytuacje, które nas zaskoczyły. Np. monitor ujawnił spadek poziomu dyskomfortu, co mogło oznaczać zbyt dużo leków przeciwbólowych, albo przeciwnie: dziecko dostało wlew dożylny leku, który jest bolesny i nie wykazywało żadnych niepokojących objawów, ale według aparatu poziom dyskomfortu był wysoki. Mając do dyspozycji te urządzenia, nie rezygnujemy zupełnie z dotychczasowych metod badania bólu, będziemy je stosować równolegle.



► Przedstawiciele USK i darczyńcy po przekazaniu Klinice Neonatologii USK sprzętu.



► Monitory bólu oceniają układ przywspółczulny pacjenta, poprzez analizę zapisu EKG z kardiomonitora.

Niszczący hormon wzrostu

fol. Tomasz Golla



Powiększone dłonie, stopy i zuchwa to najbardziej widoczne objawy akromegalii. Groźniejsze są jednak te, których nie widać: nadmiar hormonu wzrostu wywołuje przerost tkanek miękkich, rośnie więc np. serce, tarczyca, wątroba i inne ważne dla życia narządy. Liczne powikłania nieleczonej choroby skracają życie średnio o 10 lat. Tymczasem na prawidłową diagnozę chorzy czekają w Polsce niejednokrotnie bardzo długo. Zbyt długo, by w porę opanować niszczycielską siłę hormonu. W dodatku prawdopodobnie wciąż wiele osób nadal nie wie, że choruje. A co za tym idzie, nie podejmuje odpowiedniej terapii.

Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami USK ma pod opieką ok. 200 pacjentów chorych na akromegalię, której przyczyną jest łagodny guz przysadki (gruczolak przysadki) i związane z nim zwiększenie wydzielania hormonu wzrostu. Pani Anna, pan Zygmunt i pan Antoni – trzy różne historie choroby, które łączą nie tylko objawy, ale też długa droga do rozpoznania.

„Jest pan młody, to pan rośnie”

Pan Zygmunt miał zaledwie 25 lat, gdy pojawiły się u niego pierwsze dolegliwości. Były lata 70-te, o akromegalii mało kto słyszał i nawet wiedza lekarzy na ten temat nie była duża.

– Zauważyłem, że wciąż mam za małe buty – opowiada mężczyzna. – Musiałem je zmieniać przynajmniej dwa razy do roku. Wtedy myślałem, że to wina producentów, którzy mylą numerację. Na konieczność wymiany rękawiczek czy nakrycia głowy nie zwracałem większej uwagi. Byłem młody, wysportowany, uprawiałem wyczerpujące kolarstwo. Stopniowo czułem się coraz gorzej. Słabłem, często się przeziębiałem. Lekarz zakładowy, któremu powiedziałem o powiększaniu stóp i dłoni, uznał, że to nic nadzwyczajnego. „Jest pan młody, to pan rośnie” – oznajmił.

Prof. Marek Bolanowski, szef Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami USK zauważa, że niejednokrotnie w prawidłowym rozpoznaniu choroby pomaga ktoś, kto rzadko widzi chorego.

– To nawet może być osoba z rodziny czy znajoma, która zobaczyła chorego po latach przerwy i uzna-

ła, jak bardzo się zmienił – mówi prof. Bolanowski. – Zmiany w wyglądzie zachodzą powoli, więc się ich nie zauważa, jeśli ma się częsty kontakt. Może ich nie dostrzec nawet lekarz, którego regularnie się odwiedza.

Ta zasada zadziałała także w przypadku pana Zygmunta. Nowy lekarz zakładowy, który wcześniej nie znał pacjenta, od razu zwrócił uwagę na charakterystyczne cechy jego wyglądu. To on jako pierwszy wyraził podejrzenie, że pacjent może mieć guza przysadki. Badania głowy (RTG) wykonano u pana Zygmunta jednak dopiero po wypadku rowerowym, do którego doszło podczas jednego z wyścigów kolarskich. W celu dokładnej diagnostyki musiał pojechać do Warszawy, bo żaden wrocławski ośrodek nie dysponował odpowiednim sprzętem. Pierwsza operacja, potem dwie kolejne. Ostatniej nie udało się już zrobić przez zatoki klinowe (przez nos), pozostało po niej widoczne wgłębienie w czaszce. Ślady choroby są obecne w całym jego organizmie. Powiększone żebra, jelita, tarczyca... Można by wymienić bez końca, podobnie jak związane z tym liczne dolegliwości. Został rencistą w wieku 32 lat. Najbardziej jednak nie może przeboleć przerwanej przez chorobę kariery sportowej.

Dolegliwości pozostają na zawsze

Pan Antoni (na rencie od 42 r. ż.) na diagnozę czekał 15 lat od wystąpienia pierwszych objawów. Swoje życie z akromegalią określa jako katorgę.

– Upadałem i nie byłem w stanie się podnieść. Miałem bóle głowy, nadciśnienie, bóle stawów, nie mogłem

spać – wylicza pacjent. – Latami chodziłem do lekarzy, robiłem kolejne badania. Wszystko było niby w porządku, tylko ja czułem się coraz gorzej. Raz trafiłem na młodą lekarzkę, dopiero po studniach, która rzuciła, że mogę mieć akromegalię. Jednak chyba nie miała dość odwagi lub doświadczenia, by pójść tym tropem. Brano mnie za osobę zaburzoną, która wymyśla sobie nieistniejące choroby. Dostałem nawet skierowanie do psychologa. Zmarnowałem 15 lat. Kiedy w końcu mnie zdiagnozowano i wysłano do Warszawy na operację, okazało się, że mój guz przysadki jest duży, z czasem uległ zwapnieniu i nie można go usunąć całkowicie. Mimo to po zabiegu miałem kilka lat spokoju. Niestety, po sześciu latach guz zaczął znowu rosnąć, a druga operacja nie wchodziła w grę. Przyjmuję leki, przeszedłem też radioterapię. Choroba jest pod kontrolą, już nie rośnie. Ale liczne dolegliwości nadal mnie męczą.

Więcej szczęścia miała pani Anna, u której akromegalia została wykryta w miarę wcześniej. Ona także początkowo nie zwracała uwagi na rosnące dłonie i stopy. Co jakiś czas powiększała obryzki, kupowała nowe buty.

– Tak naprawdę moim problemem stał się nieustający ból głowy – wspomina – Byłam wiecznie zmęczona i bolała mnie głowa. Zmienił mi się głos. Teraz wiem, że to z powodu rozrostu języka, ale wtedy nie miałam o tym pojęcia. Lekarze zlecali mi kolejne badania, z których nic nie wynikało. W końcu trafiłam do neurologa, który zauważył typowe dla akromegalii zmiany. Zapytał mnie, czy zawsze tak wyglądałam i wstępnie postawił diagnozę, później potwierdzoną

Chorzy na akromegalię zgodnie przyznają, że do tej choroby nie można się przyzwyczaić. Podobnie jak do złośliwych komentarzy dotyczących wyglądu. W największym stopniu doświadcza ich pan Zygmunt, u którego zmiany twarzy i całego ciała są najbardziej widoczne. Nie korzysta z komunikacji miejskiej, by nie narażać się na szyderstwa i porównania do filmowych stworów, zwłaszcza ze strony rozwydrzonej młodzieży. Jednak nie udaje się zupełnie ich uniknąć, jeśli nie chce się żyć w izolacji. To boli wcale nie mniej niż chore ciało. Chciałby, by wszyscy wiedzieli, co to jest akromegalia i jak zmienia człowieka. Może wtedy nietypowy wygląd nie wzbudzałby takiej sensacji, a chorym oszczędzano by dodatkowego cierpienia. Przecież i tak cierpią już dość.

► Pan Zygmunt nie tylko cierpi fizycznie, ale także z powodu złośliwych uwag na temat swojego wyglądu.

badaniami.

Kobieta usłyszała ją w 2001 r. Przeszła dwukrotnie operację usunięcia guza, co udało się tylko częściowo, bo gruczolak znajdował się zbyt blisko nerwu wzrokowego i nie można go było wyciąć w całości. Jest pod stałą opieką specjalistów z Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami USK, regularnie przyjmuje leki hamujące wydzielanie hormonu wzrostu. Najważniejsze, że guz nie odrasta, a ona jako jedyna z całej trójki nie musiała zostać młodą rencistką. Wciąż pracuje, choć przyznaje, że choroba – mimo że zahamowana – nie daje o sobie zapomnieć. Zmęczenie i osłabienie to chleb powszedni tej pacjentki.

Wczesne rozpoznanie, lepsze rezultaty

Szef Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami USK podkreśla, że wczesne rozpoznanie jest kluczowe dla rezultatów w leczeniu akromegalii. Choć w przypadku tej choroby nie można nigdy mówić o całkowitym wyleczeniu, ponieważ u chorych pozostają skutki przerostu części ciała, ale można zahamować jej rozwój, zniwelować ból i zagrożenie życia. Niewykryta i nieleczone akromegalia może skrócić życie nawet o 10 lat. Spośród powikłań ogólnoustrojowych najgroźniejsze są dolegliwości sercowo-naczyniowe (m.in. nadciśnienie, niewydol-

ność serca, zawały i udary), a także nowotwory, na które ci pacjenci zapadają częściej.

Akromegalię leczy się trzema metodami. Pierwsza z nich to operacyjne usunięcie guza, druga to leczenie farmakologiczne środkami ograniczającymi wydzielanie hormonów, a trzecia to radioterapia. – Leczenie operacyjne jest skuteczne w ok. 50 procentach przypadków – tłumaczy prof. Bolanowski. – Nie zawsze można usunąć guza w całości, ze względu na jego umiejscowienie i ryzyko uszkodzenia sąsiadujących z nim struktur mózgu. Ponadto często guz się odnawia, zdarza się, że zabiegi trzeba powtarzać co kilka lat.

Obecnie w Polsce żyje prawie 2,5 tys. osób chorych na akromegalię, a co roku rozpoznaje się około dwustu nowych przypadków. Eksperci szacują, że przynajmniej kilkaset osób może być niezdiagnozowanych, dziesiątki z nich zapewne żyją na Dolnym Śląsku. Zdaniem prof. Marka Bolanowskiego o chorobie trzeba mówić jak najwięcej. Po to, by nie lekceważyć początkowych objawów, jak np. nadmierna potliwość, bóle głowy, rozrost dłoni i stóp. Profesor podkreśla także, że w postawieniu właściwej diagnozy mogą pomóc lekarze wielu specjalności, m.in. dentyści, reumatolodzy, ginekolodzy, ortopedzi czy nawet chirurdzy plastyczni. Edukacja na temat choroby przyda się zatem każdemu.

fol. Tomasz Golla



► U pani Anny, dzięki szybkiej diagnozie, udało się zahamować widoczne skutki choroby.

fot: Archiwum USK



Kongres neurofizjologów

17. Europejski Kongres Neurofizjologii Klinicznej (XVIIth European Congress of Clinical Neurophysiology, ECCN) odbył się w dniach 5-8 czerwca br. w hotelu Marriott w Warszawie. Organizatorami tego prestiżowego spotkania byli: European, Middle East & African (EMEA) Chapter of International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) oraz Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej (PTNK). W kongresie uczestniczyło 656 neurofizjologów z 48 krajów. Najliczniej reprezentowana była Polska – 60 uczestników, w następnej kolejności Dania (45 uczestników), Wielka Brytania (45), Hiszpania (41), Turcja i Włochy (po 31 uczestników).

Spotkanie odbywało się pod hasłem: „Shaping the presence and the future of clinical neurophysiology” i obejmowało najnowsze doniesienia dotyczące czynnościowej oceny ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, z wykorzystaniem nowoczesnych technik EEG, EMG, multimodalnych potencjałów wywołanych (w tym stymulacji magnetycznej), w połączeniu z ultrasonografią i innymi badaniami neuroobrazowymi. Obok prac czysto teoretycznych i eksperymentalnych o dużej wartości poznawczej, szczególną uwagę poświęcono zastosowaniu klinicznemu powyższych metod. Położono nacisk na stymulowanie rozwoju badań nad czynnością układu nerwowego, stałe podnoszenie poziomu kwalifikacji neurofizjologów klinicznych oraz stworzenie platformy dla międzynarodowej wymiany doświadczeń i współpracy.

Program naukowy obejmował

10 wykładów plenarnych, 18 sympozjów, 14 kursów szkoleniowych, 16 warsztatów dla lekarzy i 4 dla techników. Spośród nadesłanych streszczeń do prezentacji podczas kongresu zakwalifikowano 306 prac, z tego 47 jako doniesienia ustne, 259 – plakatowe. Na uwagę zasługuje bogata oferta kursów szkoleniowych, w których wzięło udział aż 453 uczestników.

Na kongres zostali zaproszeni wybitni naukowcy z całego świata, w tym także z Australii, Stanów Zjednoczonych i Afryki. Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się wykłady prof. Erika Stalberga (Szwecja), prof. Davida Burke (Australia), prof. Waltera Paulusa (Niemcy), prof. Claudio Babiloni (Włochy), prof. Piotra Olejniczaka (USA), prof. Anny Kostery-Pruszyk (Polska) i wielu innych.

Z inicjatywy zarządu PTNK do uczestnictwa w kongresie zaproszono honorowych gości, szczegól-

nie zasłużonych dla rozwoju neuroelektrofizjologii w Polsce, m.in. prof. Barbarę Emeryk-Szajewską, prof. Danutę Wochnik-Dyjas, prof. Jerzego Majkowskiego, prof. Tadeusza Bacię, prof. Ryszarda Podemskiego, prof. Jerzego Kotowicza, dr. Bohdana Darwaja, dr. Krystynę Niedzielską. Równocześnie dzięki ofercie stypendialnej umożliwiono liczny udział w kongresie oraz zaprezentowanie własnego dorobku

naukowego młodym neurofizjologom (do 35. r.ż.), a autorów najlepszej prezentacji ustnej i trzech prezentacji plakatowych nagrodzono podczas uroczystego zakończenia kongresu. Dodatkowo m.in. do młodych uczestników zjazdu adresowane było integracyjne spotkanie towarzyskie „Young Night Event”. Okazją do nawiązywania nowych kontaktów i wymiany doświadczeń były również spotkania w przerwach między sesjami w przestronnych wnętrzach hotelu Marriott.

W ramach Kongresu odbyło się także spotkanie zespołu ds. kształcenia w zakresie neuroelektrofizjologii pod kierunkiem prof. Anity Kamondi (Węgry). Przedstawiono aktualne standardy w tej dziedzinie w krajach członkowskich EMEA Chapter IFCN oraz perspektywy

szkoleniowej współpracy międzynarodowej. W Polsce, pomimo braku odrębnej specjalizacji z neurofizjologii klinicznej, zostały już ustalone wytyczne kształcenia oraz egzaminu końcowego w poszczególnych modułach neuroelektrofizjologii (EEG, EMG, PW, biofeedback).

Uczestnicy Kongresu pozytywnie ocenili zarówno poziom naukowy i dydaktyczny, jak i organizację wydarzenia, za której stronę techniczną odpowiadała firma BCO Congressos Barcelo (Hiszpania).

Dr hab. Anna Pokryszko-Dragan, dr hab. Magdalena Koszewicz, dr hab. Maria Ejma, prof. nadzw.



fot: Archiwum USK

► Neurofizjolodzy uczestniczyli w wykładach, sympozjach, kursach i warsztatach.

fot: Archiwum USK



Nasi patolodzy docenieni w Malmö

W dniach 16-19 czerwca w Malmö odbył się 42. Europejski Kongres Cytologii, na którym najsilniejszą polską reprezentację stanowili młodzi eksperci-naukowcy z Wrocławia. Dr Martyna Trzeszcz z Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej USK została zaproszona do zorganizowania i przewodniczenia pierwszej w historii Europejskich Kongresów Cytologii Sesji Rezydentów i Młodych Cytopatologów. Była jednym z dwóch polskich chair'ów na kongresie, drugim był nestor polskiej cytopatologii prof. dr hab. Włodzimierz Olszewski. To ogromne wyróżnienie i międzynarodowe potwierdzenie specjalnych umiejętności pani doktor w zakresie cytopatologii ginekologicznej.

Dr Trzeszcz ze współpracującym zespołem spotkało jeszcze jedno wyróżnienie. Jej dwa doniesienia naukowe zostały zakwalifikowane do prezentacji ustnych na kongresie jako jedyne prace z Polski.

Wrocławską reprezentację wzmocnił dr Paweł Gajdzis z Katedry i Zakładu Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej UMW jako speaker zaproszony do udziału w drugiej Sesji Rezydentów i Młodych Cytopatologów.

Z kolei doniesienie naukowe mgr Joanny Spętanej z tej katedry zostało zakwalifikowane do sesji plakatowej.

Przedstawiciele Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu stanowili najaktywniejszą naukowo grupę spośród polskich uczestników kongresu. Jest to sukces zespołu profesora Michała Jelenia, kierownika Katedry i Zakładu, co dobrze rokuje przed przyszłorocznym ECC, który odbędzie się we Wrocławiu w dniach 4-7 października. To ogromne wyróżnienie dla polskiej cytopatologii.

Sepsa to wyzwanie dla całej medycyny

fot. Archiwum USK



W dniach 13-15 czerwca br. w Hali Stulecia we Wrocławiu miała miejsce konferencja „Wrocławska Wiosna Anestezjologiczna”, której organizatorem była Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK wraz ze stowarzyszeniem Pokonać Sepsę. To interdyscyplinarne wydarzenie było połączeniem XXXII edycji konferencji „Postępy w Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu”, organizowanych przez ponad 30 lat w Zamku Książ, z kolejnym III Polskim Kongresem „Pokonać Sepsę”, który co dwa lata organizowany jest we Wrocławiu. W tym roku zaproszenie organizatorów przyjęło grono wybitnych wykładowców i światowych autorytetów w dziedzinie diagnostyki i leczenia sepsy.

Sepsa jest wielkim wyzwaniem medycznym i społecznym, co roku zabija ok. 20-30 milionów ludzi w skali globalnej. Potwierdziła to przyjęta niedawno z inicjatywy Globalnego Sojuszu do Walki z Sepsą rezolucja w sprawie sepsy, którą uchwaliło Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) – organ wykonawczy Światowej Organizacji Zdrowia. Rezolucja nakłada na kraje członkowskie konkretne obowiązki dotyczące zapobiegania, rozpoznania i leczenia sepsy. Wszystkie te elementy mają być obowiązkowo wprowadzone do systemów opieki zdrowotnej. Dotyczą one także Polski, która będzie musiała się dostosować do nowych wymagań.

Sepsa to jeden z najczęstszych zespołów chorobowych, wymagających natychmiastowych i energicznych działań, który jest jednocześnie rzadko rozpoznawany i to nawet w krajach wysokorozwiniętych.

– W Polsce to wciąż duży problem, ponieważ większość chorych z sepsą diagnozuje się dopiero na oddziałach intensywnej terapii, do których trafiają już w zaawansowanej fazie choroby – mówi prof. Waldemar Goździk, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK. – W wielu krajach, sepsa w większości przypadków diagnozowana jest na szpitalnych oddziałach ratunkowych, dzięki czemu możliwe jest właściwe i wczesne leczenie. W opinii ekspertów sepsa jest wyzwaniem dla całej medycyny i tylko wspólny wysiłek może pozwolić odwrócić narastający trend

zgonów z jej powodu. Potrzebni są wszyscy specjaliści medycyny zabiegowej i niezabiegowej, podstawowych nauk medycznych, ale też i nauk pozamedycznych. Dlatego kongres „Pokonać Sepsę” miał charakter interdyscyplinarny.

Światowi eksperci

Fascynujące wykłady wygłosili między innymi prof. Mervyn Singer z University College London, który był współprzewodniczącym grupy zadaniowej, zwołanej przez Society of Critical Care Medicine, do opracowania nowej definicji sepsy, opublikowanej w 2016 r. Definicja ta jest obecnie podstawą rozpoznania sepsy. Profesor Craig Coopersmith z Emory University School of Medicine w Atlancie, który jest przewodniczącym Komitetu Naukowego Surviving Sepsis Campaign, Komitetu Naukowego, który opracował aktualne wytyczne leczenia sepsy, przedstawił główne priorytety i kierunki badań naukowych nad sepsą, omawiał problemy integralności bariery jelitowej i odpowiedzi immunologicznej gospodarza w sepsie. Z wielkim zainteresowaniem spotkał się również jego wykład na temat chorób współistniejących z sepsą, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych i nadużywania alkoholu. Prof. Jean-Marc Cavailon z Instytutu Pasteura w Paryżu (światowy autorytet w dziedzinie badań nad zagadnieniami odporności nieswoistej, w szczególności nad rolą cytokin, reakcji zapalnej i wpływem endotoksyn bakteryj-

nych oraz nad zmianami stanu odporności w sepsie) omawiał zagadnienia przydatności markerów sepsy we wczesnej diagnostyce klinicznej oraz problemy immunosupresji u chorych septycznych. Prof. Philip Efron z University Florida College of Medicine, który na co dzień zajmuje się badaniami reakcji zapalnej i odpowiedzi immunologicznej w ciężkich urazach i zakażeniach, przedstawił problemy leczenia sepsy u ludzi w podeszłym wieku oraz intrygujący temat klasyfikacji nowego zespołu związanego z sepsą, określanego, jako „przetwały zapalny / immunosupresyjny zespół kataboliczny”.

Wśród innych wybitnych gości kongresu wymienić należy profesora Claesa Frostella z Karolinska Institutet w Sztokholmie, jednego z największych na świecie autorytetów z zakresu biologii tlenu azotu i jego wykorzystania w praktyce klinicznej oraz prof. Franka Brunkhorsta z Uniwersytetu w Jenie, wiceprezesa German Sepsis AID (DSH), pierwszej organizacji na świecie zajmującej się chorymi, którzy przeżyli sepsę i ich rodzinami. Gościem kongresu był także nasz rodak, doc. Marcin Osuchowski z Ludwig Boltzmann Institute for Experimental and Clinical Traumatology w Wiedniu. Dr Osuchowski jest jednym z inicjatorów konsensusu, dotyczącego wymogów badań eksperymentalnych w sepsie.

Ważne tematy

Wydarzeniami kongresu były

Sepsa jest reakcją całego organizmu na zakażenie, w wyniku, którego dochodzi do uszkodzenia własnych tkanek i narządów. Sepsa atakuje najczęściej ludzi z osłabieniem odporności – osoby w bardzo młodym lub zaawansowanym wieku, chorobie nowotworowej i chorobach o podłożu immunologicznym.

► Uroczystość otwarcia prowadzoną przez prof. Andrzeja Küblera i prof. Waldemara Goździka zaszczyliły władze Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: prorektor ds. dydaktyki prof. Piotr Dzięgiel, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Małgorzata Sobieszczańska oraz zarząd USK: dyrektor dr Piotr Pobrotyn, dr Bogusław Beck, dr Barbara Korzeniowska i mgr Violetta Magiera.

sesje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (NPOA) pod kierownictwem prof. Walerii Hryniewicz z udziałem dr Małgorzaty Fleischer, Agnieszki Misiewskiej-Kaczur i Agnieszki Żukowskiej oraz sesja Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej z udziałem prof. Marzenny Bartoszewicz, dr Beaty Kowalskiej-Krochmal i Beaty Mączyńskiej.

– Wielkim zainteresowaniem cieszyły się wykłady ramach konferencji Postępy w Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu – relacjonuje szef Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK. – Wiele uwagi poświęcono zagadnieniom określanym jako innowacje w anestezjologii i medycynie intensywnej. W fascynujących sesjach, zorganizowanych we współpracy z Kliniką Neurochirurgii USK kierowanej przez dr. hab. Pawła Tabakowa omawiane były zagadnienia leczenia operacyjnego pacjentów z guzem mózgu z zastosowaniem techniki mapowania mózgu. Przedstawiono zaawansowane metody monitorowania mózgu, metody neuroprotekcji w oddziale intensywnej terapii, zasady postępowania anestezjologicznego w krwotokach podopiecznych z pękniętym tętnikiem mózgu oraz zaawansowane metody okołoperacyjnego postępowania anestezjologicznego u chorych poddawanych kraniotomii wybudzeniowej.

Szczególną uwagę poświęcono zasadom postępowania anestezjologicznego w nowych technikach w chirurgii serca, jak przeszczepianie zastawek serca (TAVI), a także profilaktyce krwawienia okołoperacyjnego i występowania zespołów majaczeniowych, na które pacjenci tej grupy są szczególnie narażeni. Wiele miejsca poświęcono problemom nowoczesnej anestezjologii, szczególnie wpływu znieczulenia na chorobowość. Omawiano problemy znieczulenia osób starszych i patologicznie otyłych. Problemami tymi dzieli się z uczestnikami konferencji koledzy ze Szwecji prof. Jan Jakobson i dr Piotr Harbut. Oddzielną sesję poświęcono anestezjologii i intensywnej terapii pediatricznej, gdzie zaproszenie dr.

hab. Marzeny Zielińskiej przyjęły polskie autorytety w tej dziedzinie prof. Andrzej Piotrowski i doc. Alicja Bartkowska-Śniatkowska.

Ważnym innowacyjnym zagadnieniem z zakresu intensywnej terapii jest rola terapii pozaustrojowych. Postępy w metodach podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów leczonych w OIT są w ostatnim okresie bardzo znaczące. Szczególnie rozwijają się metody pozaustrojowej oksygenacji krwi – ECMO, które są wykorzystywane do wspomagania funkcji płuc i serca w stanach ich ciężkiej niewydolności. Technika ECMO z powodzeniem rozwijana jest również w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. Swoimi doświadczeniami leczenia pacjentów we wstrząsie kardiogenym dzieliła się z uczestnikami konferencji dr Katarzyna Hryniewicz z Minneapolis Hart Institute Foundation w Stanach Zjednoczonych. Zastosowanie ECMO jak i innych metod mechanicznego wspomagania serca jest szczególnie ważne w aspekcie nowo powstałego w USK Centrum Chorób Serca.

W czasie konferencji omawiano również problemy farmakoterapii i leczenia bólu. Osobną sesję poświęcono medycynie stanów nagłych, gdzie dyskutowano min. koncepcję wdrażania szpitalnych Zespołów Szybkiego Reagowania. Jest to projekt ogólnopolski, w którym z powodzeniem uczestniczy USK. Podczas konferencji wiele czasu poświęcono wyzwaniom etycznym i prawnym w anestezjologii i intensywnej terapii oraz granicach intensywnego leczenia. Ten trudny temat omawiany był wspólnie z kolegami z Zakładu Medycyny Sądowej prof. Markiem Jurkiem i dr. Martą Rorat.

– Wrocławska Wiosna Anestezjologiczna połączona z III Kongresem Pokonać Sepsę, była ważnym wydarzeniem nie tylko dla środowiska polskich anestezjologów. Podkreślano bardzo wysoki poziom merytoryczny wykładów i dyskusji oraz wspaniałą atmosferę obrad – podsumowuje prof. Waldemar Goździk. – Pozostaje mieć nadzieję, że kolejna konferencja za dwa lata przyniesie podobne doświadczenia.

Abecadło Szybera

fot. Tomasz Golla



Miało być inaczej. Gdy w ub. r. prof. Piotr Szyber, wieloletni kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej USK odchodził ze swojej funkcji, miał mnóstwo planów na nadchodzącą emeryturę. Nie tylko nie zamierzał żegnać ze szpitalem, ale też planował rozwijać swoje rozliczne pasje, na które dotąd nie miał tak wiele czasu, jakby chciał.

Malowanie, wędkarstwo, łowiectwo, działalność rotariańska... Była też myśl, by napisać książkę o uczelni medycznej, z którą był związany od półwiecza, ale wówczas uważał, że to może okazać się trudne, choćby ze względu na nowe przepisy RODO. Życie zweryfikowało te plany. Malowanie i inne zainteresowania przynajmniej na chwilę poszły w kąt. Zamiast

tego powstała książka o uczelni, a wkrótce czytelnicy dostaną do rąk kolejną publikację autorstwa znanego chirurga, angiologa, chirurga naczyniowego i transplantologa. – Wkrótce po odejściu z kliniki dowiedziałam się, że jestem poważnie chory – mówi prof. Piotr Szyber. – W takiej chwili nagle się zmienia prospekt życia. Plany, które miałem na najbliższy okres, musiałem

dostosować do rzeczywistości. Np. malowanie jest czasochłonne, a ja nie wiedziałem, czy wystarczy mi tego czasu. Stan zdrowia nie pozwalał na inne aktywności. Z tego wszystkiego najłatwiejsze w tej sytuacji wydawało mi się pisanie. Pomyślałem, że jak nie uda mi się skończyć, to trudno, wielkiej straty nie będzie.

Publikacja „Moja Akademia

Medyczna. Abecadło Szybera” powstała w rekordowym tempie. Na ponad 300 stronach autor opowiada o dziesiątkach osób, z którymi pracował i z którymi wiązała go mniejsza lub większa zażyłość. Niektórzy z nich byli przyjaciółmi, inni tylko znajomymi z pracy, jedni to wybitni lekarze, inni mniej znani. Mnóstwo faktów, anegdotek, historii znanych tylko nielicznym, ale też refleksji o zawodzie lekarza, relacjach z pacjentami, itd. Refleksji czasem kontrowersyjnych, odbiegających od poprawności, ale w końcu jest to „alfabet Szybera”, a Szyber

swoje zdanie ma, podobnie jak prawo do jego wyrażania.

– Moje abecadło nie jest jednak złośliwe – przekonuje profesor. – Nawet jeśli piszę w nim o ludziach, za którymi nie przepadam, starałem się skupiać na tym, co pozytywne. Nie chciałem nikogo urazić i mam nadzieję, że to mi się udało.

Nie oznacza to, że powstał zbiór laurów. W opisach historii niektórych osób można dostrzec cień krytyki czy nawet zdecydowaną ocenę. Nigdy jednak nie została przekroczona granica tego, co nazywa się przyzwoitością. Prof. Piotr Szyber każdy rozdział okraśniał rysunkami swojego autorstwa. To przede wszystkim portrety opisywanych postaci. Według autora nie wszystkie są równie udane: część powstała z pamięci, bo nie miał zdjęć, na których mógłby się oprzeć.

Po chorobie profesor wrócił do szpitala, choć już nie jako chirurg. Zdążył też napisać (i oczywiście zilustrować) kolejną książkę. Maszynopis jest już przygotowany do druku, brakuje tylko tytułu, nad którym wciąż myśli. Tym razem będzie o ciekawych przypadkach medycznych z własnej praktyki. Po tylu latach pracy jest w czym wybierać, czytelnik na pewno nie będzie miał szans na nudę.

Książka jest dostępna we wrocławskich księgarniach „Pod Arkadami” oraz „Tajne Komplety”, a także w hurtowniach księgarskich i internecie.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówek z poprzedniego numeru:

„Kiedy zgoda, to w sercu pogoda.”
Nagrody otrzymują: Elżbieta Michaluk,
Jadwiga Waszczuk, Marta Salamacha

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 5 września.

BOROWSKA 213

Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

SKŁÓDKI WYPIEK Z MAKIEM	MA ROGI I BECZY GROCHÓWKĄ	10,16	... PIOSENKI BIESIADNEJ BYŁA W TELEWIZJI	ZAWSZE MODNY TANIEC	MIANO	POTRAWA ZE SNAK BARU	12	WAŻNA UMOWA MIĘDZYNA- RODOWA	MODEL OPLA PAŃSTWO Z TEHERANEM	15
CHŁODZĄCY NAPOJ ALKO- HOLOWY ZNOŚI JAJA	13,17		PANTERA	ODBIORCA LISTU	8	BYK CZCZONY W STAROŻYT- NYM EGIPCIE				
ZBLIŻONY DO DZIAŁANIA NARKOTYKU						PIERWSZY LOTNIK	19			
PIERWIASTEK CHEMICZNY, SREBRZYSTY, TWARDY METAL		AUTOR POWIEŚCI, NOWEL	KULSZOWA DAWNA FABRYKA POŁPRZEWODNIKÓW W WARSZAWIE		CZARNA I KRACZE	WULKAN NA SYCYLI				
						GRZANKA	14	PLUSK	POSZEDŁ W LAS	UDZIELANA PRZEZ RODZICÓW, PRZYJACIÓŁ
GRECKA BOGINI URODZAJU, ROLNICTWA	6	PIENIĄDZ NA KUBIE		2		JEZIORO W ROSJI	3			
GERMANIZO- WAŁA POLAKÓW		IMIE PISARZA TURGIENIEWA	20			MAGAZYN	11	18		
	7		1			DAWNY SAMOCHÓD CZESKI	5			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

BOROWSKA 213



UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY

im. Jana Mikulicza-Radeckiego

WE WROCŁAWIU

Wydawca:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny
we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Informacja:

tel. (71) 733-1110

fax. (71) 733-1209

e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Teksty i redakcja:

Alicja Giedroyc

Kontakt do redakcji:

Monika Kowalska

tel. 71 733 10 55

e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl

STUDIO
Skład: MANAT

www.studiomanat.com